

Conclusion.– Le principal facteur de limitation est périphérique. Cependant, les facteurs cardiaque et pulmonaire semblent impliqués, même en dehors d'une atteinte au repos. La présence d'un défaut de recrutement des volumes et d'une montée insuffisante du pouls d'O₂ à l'effort incite à faire des explorations supplémentaires dans ce domaine, avec notamment des mesures embarquées du débit cardiaque à l'effort.

Référence

[1] Préfaut C, Piperno D. Value and indications of exercise test in pneumology. *Rev Pneumol Clin* 1997;53(5):247–50.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.496>

CO36-004-f

Bénéfices d'un reconditionnement aérobie de 3 mois chez des patients atteints de la maladie de Parkinson



M. Demonceau^{a,*}, M.C. Rodrigues de la Cruz^a, K. Kalimira^a, T. Bury^a, D. Maquet^a, G. Garraux^b

^aDépartement des sciences de la motricité, université de Liège, allée des sports, 4/b21, 4000 Sart-Tilman, Belgique

^bCentre de recherches du cyclotron, CHU de Liège, Belgique

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : m.demonceau@ulg.ac.be

Objectifs.– Observer les effets d'un entraînement aérobie chez des patients atteints de la maladie de Parkinson (MP).

Matériel/Patients et méthodes.– Quatorze patients atteints d'un stade < III sur l'échelle de Hoehn et Yahr [1] ont été répartis entre un groupe contrôle sans intervention ($n = 6$) et un groupe ayant bénéficié d'un entraînement aérobie sur vélo stationnaire ($n = 6$). Le groupe « aérobie » a suivi 24 séances d'exercice sur une durée totale de 3 mois. L'entraînement était programmé entre 50 et 70 % de leur puissance maximale aérobie (PMA). Un test d'effort maximal sur bicyclette ergométrique a permis de comparer les performances pré- et post-intervention dans chacun des groupes. Des questionnaires d'anxiété, dépression, qualité de vie ont également été soumis aux 2 groupes de patients. Une Anova pour mesures répétées a été utilisée pour l'analyse statistique des résultats.

Résultats.– Nous avons observé un effet « groupe \times temps » pour la puissance maximale aérobie ; le groupe « aérobie » a amélioré ses performances de 21 %, alors que le groupe contrôle a diminué ses performances de 9 %. Un effet « temps » était également observable pour la fréquence cardiaque 2 minutes post-effort, l'analyse post-hoc révélant un effet significatif uniquement pour le groupe « aérobie » (–12 %). Les sujets du groupe « aérobie » ont aussi amélioré leur VO₂max de 17 %, mais ce changement n'est pas significatif. Aucun changement significatif n'a été observé pour les questionnaires psychométriques.

Conclusion.– L'entraînement aérobie a amélioré la puissance aérobie ainsi que la récupération post-effort des patients ayant pratiqué un entraînement aérobie. Les effets d'un programme plus long et plus intense sur les performances maximales et sous-maximales des sujets parkinsoniens restent à investiguer.

Référence

[1] Hoehn M, Yahr M. Parkinsonism: onset, progression and mortality. *Neurology* 1967;17:427–42.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.497>

CO36-005-f

Impact de 8 semaines d'un entraînement physique standardisé sur le relevé du sol dans la maladie de Parkinson



C. Pauwels^{*}, C. van Reeth, J.-M. Gracies

CHU, 40, rue de Mesly, 94010 Créteil, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : chapauwels@gmail.com

Objectif.– Dans la maladie de Parkinson, la prise en charge actuelle – médicamenteuse et chirurgicale – reste insuffisante pour prévenir la perte

d'autonomie motrice liée à l'évolution de la maladie. Peu d'études prouvent l'efficacité fonctionnelle du travail physique.

Méthode.– Dix patients (4F; âge 68 ± 10 ; Hoehn & Yahr 2–3) ont suivi un programme de kinésithérapie standardisée (renforcement moteur asymétrique ou programme global) à domicile sur 8 semaines à raison de 3 séances hebdomadaires de 60 minutes et ont été évalués en OFF (avant toute prise de médicaments) avant et après intervention sur le score Global Mobility Task (GMT, relevé à partir de la position allongée sur le sol).

Résultats.– La vitesse de relevé du sol a plus que doublé en 8 semaines d'entraînement physique (temps total, j1 44 ± 14 s; j60, 17 ± 6 s, $p < 0,05$, Wilcoxon). L'étape la plus accélérée était la mise debout à partir de la position chevalier servant (durée j1, 23 ± 8 s, j60, 4 ± 1 s, $p < 0,05$).

Conclusion.– Le traitement physique standardisé apporte un impact fonctionnel au moins comparable à celui des traitements médicamenteux dans la maladie de Parkinson.

Pour en savoir plus

Peppe A, Ranaldi A, Chiavalon C, Gasbarra A, Collepardo A, Romeo R, et al. Global Mobility Task: index for evaluating motor impairment and motor rehabilitation programs in Parkinson's disease patients. *Acta Neurol Scand* 2007;116(3):182–9.

Gracies JM. [Neurorehabilitation in parkinsonian syndromes]. *Rev Neurol (Paris)* 2010;166(2):196–212 [French].

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.498>

CO36-006-f

Réseau Lorrain de suivi du patient parkinsonien en médecine physique et de réadaptation



A. Fraser^{a,*}, J.-M. Beis^a, R. Gospodaru^b, M.M. le Ray^a, M. Daudin^a, C. Bouvet^b, J. Paysant^a

^aInstitut régional de réadaptation, centre de Lay-Saint-Christophe, 4, rue du Professeur-Montaut, 54690 Lay-Saint-Christophe, France

^bCHU de Nancy, Nancy, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : alice.fraser@ugcamne.fr

Mots clés : Réseau ; Maladie de Parkinson

Le suivi du patient parkinsonien s'articule autour de trois grands axes :

- la mise en place et le suivi du traitement médicamenteux et/ou chirurgical par les médecins généralistes, les neurologues de ville et hospitaliers et les neurochirurgiens ;
- la prise en charge rééducative par les médecins de médecine physique et réadaptation (MPR), kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes et psychologues ;
- le suivi médicosocial et le soutien des familles par les assistantes sociales, la maison départementale des personnes handicapées, l'allocation personnalisée d'autonomie, les associations de malades.

Pour les maladies de Parkinson (MP) aux stades 1 à 4 de la classification de Hoehn et Yahr [1], une prise en charge en centre de réadaptation est proposée, associant pendant quelques semaines un réentraînement à l'effort (renforcement musculaire et exercices aérobies à haute intensité) [2], un entraînement de la voix et du souffle selon la méthode Lee Silverman Voice Treatment (LSVT[®]), une évaluation des fonctions cognitives (syndrome dysexécutif, *mild cognitive impairment*) et de l'autonomie dans les AVJ, et la mise en place de stratégies de compensation.

Une réflexion en partenariat avec les neurologues libéraux et hospitaliers est en cours sur l'intérêt de mettre en place un site internet (mirabelle-park.fr), pour l'instant dédié aux professionnels de santé libéraux, dont l'objectif est d'apporter une information claire et détaillée sur divers aspects de la MP :

- rappels cliniques et thérapeutiques ;
- principes fondamentaux et intérêt de la MPR dans la MP ;
- description détaillée de la prise en charge en kinésithérapie, ergothérapie, neuropsychologie et orthophonie ;
- liens vers les sites et adresses utiles en région Lorraine.

L'objectif plus global est d'établir à moyen terme un réseau lorrain de professionnels de santé formés au suivi de la MP.